



FINANCIAL POLICY & ASSIGNMENT OF BENEFITS / POLÍTICA FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

1. Insurance and Appointment Requirements

1. Requisitos de seguro y citas

I understand that it is my responsibility to provide valid insurance information, referral authorization (if required), and applicable copayment at the time of service. Failure to provide required documentation or payment may result in rescheduling or cancellation of my appointment.

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar información válida del seguro, la autorización de referido cuando sea requerida y el copago correspondiente al momento del servicio. No proporcionar la documentación o el pago requerido puede resultar en la reprogramación o cancelación de mi cita.

2. Copayments and Time-of-Service Payment

2. Copagos y pagos al momento del servicio

I agree to pay all copayments, coinsurance, and any patient-responsible balances at the time of my visit unless prior arrangements have been made.

Acepto pagar todos los copagos, coseguros y saldos que sean responsabilidad del paciente al momento de mi visita, salvo que se hayan hecho arreglos previos.

3. Returned Payments and Administrative Fees

3. Pagos devueltos y cargos administrativos

A fee of \$25.00 will be charged for any returned or declined payment, including returned checks or failed electronic payments, as permitted by applicable law.

Se cobrará un cargo de \$25.00 por cualquier pago devuelto o rechazado, incluidos cheques devueltos o pagos electrónicos fallidos, según lo permita la ley.

4. Missed Appointments / No-Shows

4. Citas perdidas / inasistencias

I understand that missed appointments or late cancellations may result in a no-show fee, and repeated missed appointments may affect my ability to continue care with this practice.

Entiendo que las citas perdidas o cancelaciones tardías pueden generar un cargo por inasistencia y que las inasistencias repetidas pueden afectar mi continuidad como paciente de la práctica.

5. Insurance Billing and Patient Responsibility

5. Facturación al seguro y responsabilidad del paciente

I authorize this practice to bill my insurance carrier directly. I understand that insurance coverage is a contract between me and my insurance company, and I am financially responsible for all charges not covered by insurance, including deductibles, copayments, coinsurance, and non-covered services.

Autorizo a la práctica a facturar directamente a mi aseguradora. Entiendo que la cobertura es un contrato entre la aseguradora y yo, y que soy responsable de los deducibles, copagos, coseguros, servicios no cubiertos y cualquier otro cargo que el seguro no pague.

6. Delinquent Accounts and Collections

6. Cuentas morosas y cobros

Accounts not paid in a timely manner may be referred to a third-party collection agency. I agree to be responsible for all costs of collection, including reasonable collection fees, attorney fees, and court costs, if applicable.

Las cuentas que no se paguen oportunamente pueden remitirse a una agencia de cobros. Acepto ser responsable de los costos razonables de cobro, honorarios de abogados y costas judiciales, cuando corresponda.

7. Assignment of Benefits

7. Asignación de beneficios

I authorize payment of medical benefits directly to Harbor Physicians for services rendered. This authorization remains valid until revoked in writing.

Autorizo que los beneficios médicos se paguen directamente a Harbor Physicians por los servicios prestados. Esta autorización continuará vigente hasta que sea revocada por escrito.



I certify that I am eligible for insurance benefits at the time services are rendered. If this certification is incorrect, I understand that I am financially responsible for all charges incurred.

Certifico que soy elegible para recibir beneficios del seguro al momento de recibir los servicios. Si esta certificación es incorrecta, entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos.

9. Payment Agreement

9. Acuerdo de pago

I agree to pay any outstanding balances within 30 days unless other arrangements have been approved in writing by the practice.

Acepto pagar cualquier saldo pendiente dentro de 30 días, salvo que la práctica haya aprobado otros arreglos por escrito.

Patient Signature/Firma del paciente: : _____

Date/Fecha: _____